（様式第１号）

会　　長	事務局長	事務局次長	係　　長	主　　査	係

紙おむつ支給申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人藤崎町社会福祉協議会
会　　長　　山内　　敏　　様

申請者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住　所　　藤崎町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

町内名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、藤崎町社協紙おむつ支給事業を利用したいので、申請いたします。

対象者氏名	性別	生年月日
	男・女	年　月　日　歳

住所 （申請者と同じ場合は、記入不要）	藤崎町大字　　字 （町内名　　）　電話　　－
主介護者	年　月　日生（続柄：　　）
身体状況等	
居宅事業所	担当者 電話
介護度	
予防事業該当	
特記事項	※調査の日程や時間帯の要望等（例；家族はほぼ在宅なのでいつでＯＫ）

【支給対象の要件】
藤崎町に在宅している高齢者等で常時在宅（グループホーム、ケアハウス、有料ホーム、高齢者アパート以外）で介護を要する状態の者（寝たきり、認知症、重度身障者<児>）。

【①～②は支給の対象外】
①特別障害者手当受給されている方
②生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方

以下の項目は、社協の確認欄のため記入不要。

○ ①～②は支給の対象外

①特別障害者手当受給 （ 有 / 無 ）

②生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方 （ 有 / 無 ）

○ 身体の状況

認知症の状態	軽　　度	中　　度	重　　度
失禁等の状態	時 々 失 禁	失禁していることが多い	常 時 失 禁
総合判断（本人及び家族からの聞き取り調査含む）	Ａランク	Ｂランク	Ｃランク
	・屋内は、ほぼ自立。 ・トイレまで一人で行く。 ・尿意、便意があるが間に合わない事がある。 ・ズボンの上げ下げ介助なし。	・屋内で要介助。 ・見守り、一部介助でトイレまで行く。 ・尿意、便意があいまい。 ・ズボンの上げ下げ一部介助。	・全日臥床状態。 ・トイレまで移動できない。 ・尿意、便意なし。 ・ズボンの上げ下げ全介助。

○ 支給する紙おむつの種類及び数量

□尿取りパット３０枚入り　＿＿＿袋　□はくパンツＬＬサイズ１６枚入り　＿＿＿袋

□はくパンツＳサイズ２２枚入り　＿＿＿袋　□テープタイプＳサイズ１６枚入り　＿＿＿袋

□はくパンツＭサイズ２０枚入り　＿＿＿袋　□テープタイプＭサイズ１５枚入り　＿＿＿袋

□はくパンツＬサイズ１８枚入り　＿＿＿袋　□テープタイプＬサイズ１３枚入り　＿＿＿袋

□紙おむつを届ける場所及び置き場所

□紙おむつ事業は、誰から・どこから知りましたか。

□ご近所の方　□社協広報紙　□ホームページ　□ケアマネージャー　□病院関係者

□その他（　　）

※ 調査日 令和　　年　　月　　日 調査員氏名　　印